

Carlos Watzka

Sozialstruktur und Suizid in Österreich

Carlos Watzka

Sozialstruktur und Suizid in Österreich

Ergebnisse einer
epidemiologischen Studie
für das Land Steiermark



VS VERLAG FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Gedruckt mit Unterstützung des Landes Steiermark.



1. Auflage 2008

Alle Rechte vorbehalten

© VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2008

Lektorat: Monika Mülhausen / Bettina Endres

Der VS Verlag für Sozialwissenschaften ist ein Unternehmen von Springer Science+Business Media.
www.vs-verlag.de



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Krips b.v., Meppel

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in the Netherlands

ISBN 978-3-531-15669-9

*Into this world we are thrown,
like a dog without a bone,
like an actor all alone.*

Jim Morrison, Riders on the Storm

Ich möchte nicht bestreiten, daß Situationen vorstellbar sind, die Selbstmord verständlich, ja berechtigt erscheinen lassen, und ich möchte auch nicht das Recht auf Selbstmord in Abrede stellen. Aber der Mensch hat auch ein Recht darauf, daß, wenn er in kritische Situationen, in Not kommt, Menschen da sind [...], die bereit sind, ihm die Hand zu reichen und ihm zu helfen. [...] dieses Recht scheint mir unsere Pflicht zu sein.

Erwin Ringel,
Vorwort zur Neuauflage von „Der Selbstmord“ (1983)

Suizidales Verhalten [...] ist eine Tatsache des Lebens und darf weder verherrlicht, ignoriert, stigmatisiert noch unterschätzt werden. Jeder von uns ist ein potentielles Opfer, entweder direkt oder indirekt durch Kontakt zu einem Menschen, der einen Suizid versucht oder begangen hat. [...] Nur allzu leicht verschwinden unangenehme Probleme wie der Suizid aus dem Gesichtsfeld; doch solange der Einzelne und die Gesellschaft insgesamt sich so verhalten, ist es schwierig, einen eindeutigen Kurs zur Prävention einzuschlagen.

Kelleher et al., Suizid
(Handbuchartikel in „Psychiatrie der Gegenwart“)

Vorwort

Als ich im Frühling 2005 seitens der Steiermärkischen Landesregierung mit der Durchführung der vorliegenden Studie beauftragt wurde, empfand ich große Dankbarkeit für die damit gebotene Möglichkeit, dem Problem des Suizids unter einem spezifischen Bezug auf die österreichische Gesellschaft, sowie insbesondere auf das Bundesland Steiermark, eingehend und in öffentlichem Auftrag nachgehen zu können. Die Ursache für die Notwendigkeit einer solchen Studie resultierte aus dem Umstand, dass die Steiermark, gemeinsam mit den Bundesländern Salzburg und Kärnten, jahrzehntelang die traurigen „Spitzenplätze“ hinsichtlich der Suizidhäufigkeiten innerhalb Österreichs innehatte - und damit zugleich auch im internationalen Vergleich, weist doch die Republik Österreich ihrerseits seit Jahrzehnten eine der höchsten Suizidraten innerhalb des westlichen Europas auf. Zwar sind in einer erfreulichen - bislang in ihren Ursachen aber kaum erfassten - Entwicklung die Suizidhäufigkeiten - in Österreich insgesamt und auch in der Steiermark - seit den 1990er Jahren im Rückgang befindlich, dennoch sind es Jahr für Jahr immer noch erschreckend viele Menschen, die ihrem Leben vorsätzlich selbst ein Ende setzen.

In den Jahren von 2001 bis 2004 war etwa jeder 50. Todesfall in Österreich ein so genannter „Selbstmord“ (Suizid), in der Steiermark gar jeder 44. Insgesamt töteten sich in den 35 Jahren von 1970 bis 2004 mehr als 62.500 Österreicher und Österreicherinnen selbst, das sind etwa 0,8 % der Bevölkerung; innerhalb der Steiermark waren es mehr als 11.100, etwa 0,9 % - also nahe jeder 100. Einwohner! Es bestand also Anlass genug, dieser brisanten, bedrückenden und auch eher schwierig zu erforschenden Thematik in einer sozialwissenschaftlichen, epidemiologisch-statistisch orientierten Studie ausführlich nachzugehen.

Die vorliegende Studie widmet sich dabei vorrangig dem *innerösterreichischen* Vergleich, also der Frage, warum in bestimmten Regionen Österreichs langfristig signifikant höhere Häufigkeiten von Selbsttötungen - bezogen auf die jeweilige Einwohnerzahl - festzustellen sind, als in anderen. Die höchst wichtige Frage, warum sich Österreicher generell im Vergleich zu Bewohnern west- und südeuropäischer Staaten häufiger selbst töten, ist damit zugleich auch angesprochen; systematisch konnte ihr der Autor in dieser Studie aber nicht nachgehen, sodass zu hoffen ist, dass künftige Forschungen hierzu nähere Aufschlüsse liefern werden. Diese müssten wohl stark auf gesamtgesellschaftlich wirksame, kulturelle Muster abzielen, welche den Mentalitäten der Österreicherinnen und Österreicher augenscheinlich andere Gestalten verleihen als jenen der Bewohner anderer Staaten.

In der vorliegenden Arbeit geht es dagegen wesentlich darum, nachzuvollziehen, welche Personenkategorien innerhalb der österreichischen Gesellschaft besonders suizidgefährdet sind. So soll eine soziologische Erklärung der angesprochenen, regionalen Differenzen der Suizidraten versucht werden. Diese Untersuchung von „Risikogruppen“ im spezifischen Kontext der österreichischen Gesellschaft kann dabei vielleicht aber auch Ansatzpunkte zur weiteren Beschäftigung mit dem Phänomen der hohen Suizidalität Österreichs im internationalen Vergleich liefern.

Eine einfache und eindeutige Erklärung für die besonders hohen Suizidraten im Bundesland Steiermark, welche den Ausgangspunkt meiner Beschäftigung mit der Suizid-Thematik bildeten, ließ sich in der vorliegenden Studie nicht finden; wohl aber lassen sich etliche soziale, teils auch ökologische Faktoren benennen, die wahrscheinlich in Kombination miteinander wesentlich zu diesem Phänomen beitragen.

Wenn in der vorliegenden Studie schon von ihrer Anlage als quantitative Untersuchung keinesfalls individuelle Suizidfälle in ihrer Genese auch nur annähernd erklärt werden können, so hoffe ich doch, darin auch typische Gefährdungslagen herausgearbeitet zu haben, deren Kenntnis für eine gezieltere Suizidprävention nutzbringend sein kann.

Die Notwendigkeit, bei der Durchführung der Studie mit zahlreicher verschiedenen Institutionen des Sicherheits- und Gesundheitswesens zu kooperieren, brachte es mit sich, dass dieselbe, obwohl eigentlich nur auf ein Jahr projektiert und im Frühjahr 2006 großteils abgeschlossen, erst Anfang 2007 definitiv fertig gestellt und nach Vorliegen der erforderlichen Genehmigungen als förmlicher Endbericht der Steiermärkischen Landesregierung präsentiert werden konnte. Erfreulicherweise konnte die beabsichtigte Publikation anschließend rasch umgesetzt werden, sodass nunmehr ein auch in seinen Datengrundlagen noch aktuelles Werk zur Epidemiologie des Suizids in Österreich insgesamt und in der Steiermark im Besonderen vorgelegt werden kann.

An dieser Stelle ist noch Dank zu sagen: zuallererst dem Steirischen Landtag und der Steiermärkischen Landesregierung für die Beauftragung mit der Durchführung der dieser Publikation zugrunde liegenden Studie, die ohne einen „amtlichen“ Charakter in dieser Form nicht hätte zustande kommen können. Mein Dank gilt hierbei dem für Gesundheit zuständigen Landesrat, Herrn Mag. Helmut Hirt, und seinem Vorgänger, Herrn Mag. Wolfgang Erlitz, deren Mitarbeitern Herrn Mag. Bengt Pirker und Frau Mag. Sandra Zettinig, dem Leiter der Fachabteilung 8B - Gesundheitswesen, Herrn Sanitätsdirektor Dr. Odo Feenstra, sowie ganz besonders Frau DDr. Susanna Krainz, der Psychiatriekoordinatorin des Landes Steiermark, die sich sehr für die Realisierung der projektierten Untersuchung als wissenschaftliche Studie im amtlichen Auftrag einsetzte, und meine Arbeit daran - wie auch ihre Mitarbeiterin Frau Sabine Kern - vom Beginn bis zum Abschluss sehr hilfreich begleitete. Ebenso danke ich den Vertretern der Fachabteilung 1C - Landesstatistik der Steiermärkischen Landesregierung, namentlich dem Leiter Herrn DI Martin Mayer, seinem Vorgänger Herrn Hofrat Dr. Ernst Burger, sowie Frau DI Dr. Sigrid Kern, für die Zurverfügungstellung von anonymisierten Daten über Suizidfälle aus der amtlichen Todesursachenstatistik für Steiermark.

Weiters bin ich den steiermärkischen Sicherheitsbehörden zu großem Dank verpflichtet, die - unter berechtigtem Bedacht auf die Einhaltung der rechtlichen Vorschriften, ansonsten aber vorbehaltlos und interessiert - meine Arbeit unterstützten. In diesem Zusammenhang möchte ich herzlich danken: Herrn Oberst August Feyerer von der Stabsstelle des Landespolizeikommandos Steiermark und seinen Mitarbeitern Herrn AI Rainer Psenicnik, Herrn CI Peter Wlasics und Frau VB Manuela Wagner, Herrn Landtagsabgeordneten CI Eduard Hamedl, dem Krisenexperten des Stadtpolizeikommandos Graz, dem Leiter des Landes kriminalamts, Herrn CI Anton Kiesel, dem ehemaligen Leiter der Kriminalpolizeilichen Abteilung der Bundespolizeidirektion Graz, Herrn Hofrat Mag. Anton Lehr, sowie Herrn OI Siegfried Köppel vom Kriminalreferat des Stadtpolizeikommandos Graz, der mich zu Beginn meiner Forschungstätigkeit in den sachgerechten Umgang mit den polizeilichen Akten zu Suizidfällen eingeführt hat und Frau VB Brigitte Brettertklieber, damals

administrative Mitarbeiterin im Kriminalreferat der BPD Graz. Weiters danke ich aufrichtig allen Bezirkspolizeikommandanten und Mitarbeitern der Polizeibehörden in der Steiermark, die durch die Zurverfügungstellung von Informationen zum Gelingen der Erhebungsarbeiten beigetragen haben. Gleichermäßen gilt mein Dank all jenen Bezirkshauptleuten und Mitarbeitern der Bezirkshauptmannschaften und politischen Exposituren, die mein Anliegen unterstützten und gegebenenfalls Zugang zu relevantem Aktenmaterial gewährten.

Weiteren Dank schulde ich den in der Steiermark tätigen Institutionen des Sozialversicherungswesens, die ebenso wesentliche Informationen zu Suizidfällen zur Verfügung gestellt haben. Hierbei gilt mein Dank zuallererst der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, namentlich deren Obmann Herrn Josef Pessler, Herrn Mag. Jochen Rupprechter, sowie insbesondere Herrn Abteilungsleiter Johannes Perschthaller, der meine Anliegen kompetent und mit großem Interesse an der Sache betreut hat.

Ebenso freundlich und kompetent unterstützten mich seitens der Pensionsversicherungsanstalt Herr Direktor Josef Radl und seine Mitarbeiterin Frau Claudia Ully, seitens der Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft Herr Direktor Dr. Wolfgang Seidl, seitens der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Herr Generaldirektor DI Kurt Völkl und seine Mitarbeiterin Frau Ursula Paier, und seitens der Sozialversicherungsanstalt der Bauern Herr Direktor Dr. Paul Tschuffer, dem ich an dieser Stelle ganz besonders auch für seine wertvollen inhaltlichen Ratschläge zur Durchführung der Studie danken möchte. Betreffend der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) gilt mein Dank Herrn Direktor Richard Neuhold von der Landesstelle Steiermark, sowie Herrn Dr. Johannes Trauner von der Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit der Hauptstelle der BVA in Wien, der sich sehr dafür einsetzte, dass schließlich eine Bearbeitung auch dieses besonderen Versichertenbereichs möglich wurde. Gleichermäßen für freundliche Unterstützung des Erhebungsprozesses danke ich schließlich den Vertretern der steirischen Betriebskrankenkassen in Donawitz, Kapfenberg, Kindberg und Zeltweg, Herrn Günter Niederberger, Herrn Gerald Mandl, Frau Adolfine Graf, Herrn Roland Lammer, Herrn Josef Vilinsky und Herrn Johann Pichler.

Auch vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen sowie vom Bundesministerium für Inneres habe ich wichtige Informationen bezogen, wobei ich besonders Frau Christina Schuster vom Bundeskriminalamt für die Bereitstellung von bezirkswisen Daten zur Kriminalitätsstatistik und Werner Bohuslav vom Gesundheitsministerium für Daten zur Anzahl der psychiatrischen Betten in den österreichischen Krankenanstalten danken möchte. Seitens der Österreichischen Ärztekammer danke ich Herrn Mag. Anton Sinabell von der Abteilung Kammeramt und Statistik, und seitens des Arbeitsmarktservice Austria Frau Veronika Murauer, die mir ebenfalls mit der Zurverfügungstellung wichtiger Statistiken eine große Hilfe waren. Weiters sei Herrn Dr. Hans Mohrl von der Zentralanstalt für Meteorologie und Geodynamik für die Betreuung meiner Anfrage hinsichtlich ökologischer Parameter herzlich gedankt.

Ein besonderer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Statistik Austria, deren Informationsangebote ich ausgiebig nützte, wobei insbesondere spezifische Abfragen der österreichweiten Todesursachenstatistik und der Bevölkerungsstatistik ein wichtiges Fundament der von mir vorgenommenen Analysen darstellten; vor allem möchte ich in diesem Zusammenhang Frau Mag. Barbara Leitner herzlich danken.

Für aufschlussreiche Gespräche über den Untersuchungsgegenstand und wichtige Ratschläge für die Durchführung der Untersuchung gilt mein Dank den folgenden, im soziologischen und/oder medizinisch-psychologischen bzw. psychiatrischen Bereich tätigen Personen: Herrn o. Univ. Prof. Dr. Karl Acham, Herrn ao. Univ. Prof. Dr. Peter Gasser-Steiner, Frau Dr. Gerda Grasser, Herrn o. Univ. Prof. Dr. Max Haller, Herrn Mag. Dirk Raith, Herrn Dr. Dieter Reicher, Herrn Mag. Rainer Rossegger, Herrn Dr. Human-Friedrich Unterrainer, Herrn Vizedirektor i.R. Peter Watzka, Herrn em. o. Univ. Prof. Dr. Hans-Georg Zapotocky. Für eine kritische und sorgfältige Durchsicht des Typoskripts bin ich Herrn Mag. Josef Schiffer sehr zu Dank verpflichtet.

Den Mitarbeitern des VS Verlags für Sozialwissenschaften, insbesondere Herrn Frank Engelhardt und Frau Monika Mülhausen, möchte ich für die freundliche und kompetente Betreuung des Publikationsvorhabens herzlich danken.

Schließlich danke ich meiner lieben Gefährtin, Frau Mag. Elisabeth Pauli, für ihre Anteilnahme an meiner, auch emotional teils schwierigen Arbeit an der vorliegenden Studie.

Carlos Watzka

Inhaltsverzeichnis

1. Forschungsproblem und Forschungsstand	15
1.1. Der Anlass zur vorliegenden Studie: Die im innerösterreichischen Vergleich seit Jahrzehnten erhöhte Suizidrate des Bundeslandes Steiermark	15
1.1.1. Die hohe Suizidhäufigkeit in Österreich im internationalen Vergleich	15
1.1.2. Die Differenzen in der Suizidalität innerhalb der österreichischen Bundesländer	18
1.2. Begriffserläuterungen und Definitionen	23
1.2.1. „Selbstmord“, „Freitod“, „Selbsttötung“ und „Suizid“	23
1.2.2. Suizid, Suizidversuch, Parasuizid; Suizidalität und Suizident	25
1.2.3. Der Suizid und seine Abgrenzung von anderen Todesursachen	26
1.2.4. Die Messung der Suizidhäufigkeit: Suizidrate und Suizidratio	28
1.3. Der Forschungsstand zur Epidemiologie des Suizids	33
1.3.1. Fundamentale epidemiologische Kenntnisse zur Suizidproblematik	33
1.3.2. Suizid aus (medizinisch-)psychologischer Perspektive	38
1.3.3. Suizid aus (medizinisch-)somatologischer Perspektive	44
1.3.4. Suizid aus (medizin-)soziologischer Perspektive	47
1.3.5. Suizid aus (medizinisch-)ökologischer Perspektive	58
1.3.6. Spezifische Forschungsarbeiten zur Epidemiologie der Suizidalität in Österreich ..	61
1.3.7. Skizze eines öko-somato-psycho-sozialen Modells der Suizidalität	75
2. Zu Aufbau und Durchführung der Studie	79
2.1. Rahmen und Grundlinien des Studienkonzepts	79
2.1.1. Quantitative Ausrichtung	79
2.1.2. Aktenanalyse und sekundärstatistische Auswertungen	80
2.1.3. Räumlicher und zeitlicher Untersuchungsrahmen	82
2.1.4. Retrospektive Kohortenstudie bzw. Prävalenzerhebung	83
2.1.5. Das Studienkonzept - Zusammenfassung	84
2.2. Der makrosoziale Untersuchungsteil	85
2.2.1. Die Datenbasis	85
2.2.2. Hypothesen und Erhebungsparameter	87
2.2.3. Methoden und Probleme der Datenerhebung und Datenauswertung	90

2.3. Der mikrosoziale Untersuchungsteil	92
2.3.1. Die Datenbasis	92
2.3.2. Hypothesen und Erhebungsparameter	94
2.3.3. Methoden und Probleme der Datenerhebung und Datenauswertung	98
2.4. Spezifische Probleme sozialwissenschaftlich-empirischer Suizidforschung	103
2.4.1. Forschungsethik und Datenschutz	103
2.4.2. Kooperationen mit Behörden und anderen öffentlichen Institutionen	104
3. Ergebnisse der Studie	106
3.1. Die Häufigkeit der Suizide in Österreich und in der Steiermark 1995-2004	106
3.1.1. Suizid im Bundesländervergleich, die Bedeutung von Alter und Geschlecht und die gesellschaftliche Verbreitung von Suizid als Todesursache	106
3.1.2. Die Suizidraten der politischen Bezirke Österreichs gemäß Todesursachenstatistik	111
3.1.3. Die Suizidraten der politischen Bezirke der Steiermark gemäß Aktenanalyse	124
3.2. Makrosoziale Analysen zu Umständen und Ursachen letaler Suizidalität in Österreich insgesamt und in der Steiermark im Besonderen	137
3.2.1. Suizidrate und topographische Situation	138
3.2.2. Suizidrate und Landschaftscharakter	141
3.2.3. Suizidrate und Urbanisierung	144
3.2.4. Suizidrate und demographische Entwicklung	147
3.2.5. Suizidrate und familiäre Desintegration	152
3.2.6. Suizidrate und ethnisch-kulturelle Diversität	153
3.2.7. Suizidrate und religiös-kulturelle Diversität	156
3.2.8. Suizidrate und Haushaltsstruktur	158
3.2.9. Suizidrate und Wohnstruktur	160
3.2.10. Suizidrate und ökonomisches Niveau	165
3.2.11. Suizidrate und sozioökonomische Desintegration	167
3.2.12. Suizidrate und Erwerbsstruktur	169
3.2.13. Suizidrate und kollektives Bildungsniveau	183
3.2.14. Suizidrate und allgemeinmedizinisches Versorgungsniveau	188
3.2.15. Suizidrate und psychosozial-psychiatrisch-psychotherapeutisches Versorgungsniveau	191
3.2.16. Suizidrate und kollektives Aggressionsniveau	200
3.2.17. Übersicht über die bivariaten Zusammenhänge und Integration der relevanten Faktoren in ein multivariates Erklärungsmodell	203

3.3. Mikrosoziale Analysen zu Umständen und Ursachen letaler Suizidalität für das Bundesland Steiermark	217
3.3.1. Zeitpunkte der Suizide	219
3.3.2. Regionale Verteilung der Suizide	222
3.3.3. Mikroregionale Verteilung der Suizide	225
3.3.4. Die Geschlechterverteilung der Suizidenten	227
3.3.5. Die Altersverteilung der Suizidenten	229
3.3.6. Familienstand der Suizidenten	243
3.3.7. Partnerschaft und Elternschaft der Suizidenten	249
3.3.8. Versicherungszugehörigkeit der Suizidenten	254
3.3.9. Erwerbsstatus der Suizidenten	256
3.3.10. Art der Berufstätigkeit der Suizidenten	266
3.3.11. Berufsposition der Suizidenten	278
3.3.12. Ausbildungsniveau der Suizidenten	282
3.3.13. Einkommen der Suizidenten	284
3.3.14. Berufliche Biographie der Suizidenten	289
3.3.15. Geburtsregion der Suizidenten	291
3.3.16. Staatsbürgerschaft der Suizidenten	294
3.3.17. Konfession der Suizidenten	297
3.3.18. Delinquenz und Suizide	299
3.3.19. Psychische Krankheiten und Suizide	301
3.3.20. Suizidversuche und Suizide	310
3.3.21. Abhängigkeitserkrankungen und Suizide	311
3.3.22. Körperliche Krankheiten/Beeinträchtigungen und Suizide	317
3.3.23. Weitere psychosoziale Bedingungen der Suizidhandlungen	326
3.3.24. Nähere Umstände der Suizidhandlungen selbst	337
3.3.25. Multivariate Analysen zu den Lebensbedingungen der Suizidenten: Clusteranalyse und thesengeleitete Kategoriebildungen	341
4. Zusammenschau und Relevanz für die Suizidprävention	365
4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse	365
4.2. Perspektiven für die Suizidprävention	387
4.3. Offene Forschungsfragen	393
5. Anhang	395
5.1. Suizidhäufigkeiten und Suizidraten in den Bezirken Österreichs 2001-2004	395
5.2. Quellenverzeichnis	404
5.3. Literaturverzeichnis	406
5.4. Summarium	412
5.5. Abkürzungsverzeichnis	413
5.6. Register	415

1 Forschungsproblem und Forschungsstand

1.1. Der Anlass zur vorliegenden Studie: Die im innerösterreichischen Vergleich seit Jahrzehnten erhöhte Suizidrate des Bundeslandes Steiermark

1.1.1 Die hohe Suizidhäufigkeit in Österreich im internationalen Vergleich

Beschäftigt man sich etwas näher mit dem Thema psychisches Kranksein in Österreich, so fällt einem unter anderem die im internationalen Vergleich seit Jahrzehnten ausgesprochen *hohe Suizidrate Österreichs* auf. Bereits bei zwei internationalen Vergleichen der WHO in den frühen 1950er sowie in den frühen 1960er Jahren wies Österreich unter zunächst 11, dann 14 in den Vergleich einbezogenen europäischen Staaten¹ eine der höchsten Suizidraten (Anzahl der vollzogenen Selbsttötungen in Bezug zur Einwohnerzahl) auf; für den Beobachtungszeitraum 1952-54 war die österreichische Rate mit 30 Suiziden je Jahr, je 100.000 Einwohnern im Alter über 15, die zweithöchste (hinter Dänemark mit einem Wert von 32), für den Zeitraum 1961-63 bei einer (auf dieselbe Weise berechneten) Zahl von 28 die dritthöchste (hinter Ungarn mit 34 und Finnland mit 29). Die Suizidrate in Deutschland lag in diesen beiden Zeiträumen jeweils bei 24.²

In den 1970er und 1980er Jahren kam es in Europa tendenziell zu einer Zunahme der Suizidhäufigkeit. An der im internationalen Vergleich besonders hohen Suizidrate in Österreich änderte dies nichts; für das Jahr 1986 ergibt eine neuerliche WHO-Vergleichsstudie wiederum den dritthöchsten Rang (nach Ungarn und der DDR), trotz der Ausweitung auf nunmehr 25 berücksichtigte europäische Staaten.³ Ab der Mitte der 1990er Jahre ist jedoch eine Veränderung wahrnehmbar - unter 33 in den WHO-Vergleich für die Jahre 1994-1996 einbezogenen europäischen Staaten liegt Österreich nur mehr an 12. Stelle in der Suizidhäufigkeit; dieser Umstand ist aber fast ausschließlich durch die Neuaufnahme ost- und ostmitteleuropäischer Länder in die Vergleichsstatistik verursacht: Von den bereits seit den 60er Jahren an der WHO-Studie teilnehmenden Staaten weisen wiederum Ungarn und Finnland, sowie nunmehr auch Belgien, höhere Suizidhäufigkeiten als Österreich auf, hinzu treten nunmehr aber auch Russland, Litauen, Lettland, Estland, Weißrussland, die Ukraine, Slowenien und Kroatien, mit allesamt hohen Zahlen an jährlichen Suizid-Toten.⁴ Innerhalb des west- und mitteleuropäischen Raumes nimmt Österreich in der Suizid-Statistik also weiterhin einen traurigen Spitzenplatz ein.

¹ Zunächst Dänemark, Deutschland (BRD), Finnland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Schweden und Schweiz, ab den 60er Jahren zusätzlich Polen, Tschechoslowakei, Ungarn.

² Vgl. Christa Lindner-Braun, *Soziologie des Selbstmords*. Opladen 1990, S. 375.

³ Vgl. Thomas Bronisch, *Der Suizid. Ursachen - Warnsignale - Prävention*. München 2002, S. 22. In der Tabelle werden 27 Entitäten angeführt; Schottland und Nordirland, deren Suizidraten getrennt von denen für England und Wales erhoben werden, bleiben hier aber unberücksichtigt.

⁴ Vgl. Thomas Bronisch, *Zur Epidemiologie von Suizidalität*. In: Thomas Bronisch (Hg.), *Psychotherapie der Suizidalität*. Stuttgart 2002, S. 3.

Dabei überrascht es, dass dieser gesellschaftlich nicht gerade unbedeutende Umstand - immerhin sterben in Österreich derzeit *jährlich* etwa eineinhalbtausend Menschen an Suizid, und damit um mehrere hundert Menschen *mehr*, als dies in einer gleich großen Bevölkerungszahl in Deutschland der Fall ist - bislang wissenschaftlich wenig untersucht wurde, sei es von medizinischer, psychologischer oder soziologischer Seite, und dies, obwohl sich die österreichische Belletristik und auch andere Künste schon seit langem mit der Frage nach einem „spezifisch österreichischen“ Hang zum „Selbstmord“ auseinandersetzen. Auch wird man nicht gerade behaupten können, die einschlägig relevanten Disziplinen hätten in Österreich das Thema „Suizid“ insgesamt vernachlässigt; immerhin stammen herausragende Leistungen der psychologischen Suizidforschung in Europa nach 1945 aus Österreich, insbesondere aus Wien, wobei hier zunächst nur auf den öffentlich bekanntesten österreichischen Suizidforscher, Erwin Ringel, hingewiesen sein soll.⁵

Psychologie und Medizin als am Idol der Naturwissenschaften orientierte Disziplinen vertreten freilich in ihrem *mainstream* - nicht etwa nur in Österreich, sondern im gesamten „Abendland“ - ein im Kern universalistisches Menschenbild, also eine Auffassung des menschlichen Lebens, die auf das Einheitliche, auf allen Menschen gemeinsame Merkmale abzielt, die sich zudem - ein Axiom der modernen Naturwissenschaft - möglichst „exakt“ messen lassen sollten, um als forschungs- und praxisrelevant gelten zu können. Den offensichtlichen Unterschieden zwischen den menschlichen Individuen glaubt man, einem solchen Modell folgend, gewöhnlich mit Hilfe einiger einfacher Klassifizierungen beikommen zu können; man differenziert vielfach nur nach „Alter und Geschlecht“. Es leuchtet ein, dass im medizinischen Bereich ein solches Vorgehen auf somatologischem Gebiet, also bei der Behandlung von körperlichen Erkrankungen, Erfolg versprechender ist, als auf psychischem. Zwar stellt auch der menschliche Körper keineswegs eine geographisch und sozial unwandelbare Entität dar, sondern differiert - auch bei Personen gleichen Alters und Geschlechts - stark nach den jeweiligen natürlichen und kulturellen Bedingungen, in welchen er jeweils agiert, doch treten auf psychisch-mentalem Gebiet die Auswirkungen soziokultureller Differenzen viel deutlicher zutage - beginnend damit, dass körperliche Zustände überall in gleicher Weise beobachtbar und messbar werden, die Erfassung psychischer Gegebenheiten dagegen weitgehend auf das „partikulare“ Kommunikationsmittel der Sprache angewiesen bleibt.

Nun sollen an dieser Stelle - was auch völlig unpassend wäre - keineswegs die positiven Ergebnisse der naturwissenschaftlich orientierten medizinischen und psychologischen Forschung in Abrede gestellt werden, weder im Allgemeinen, noch auf dem speziellen Gebiet der Suizidforschung. Die vorangegangenen Bemerkungen zielten vielmehr darauf ab, ein wenig aufzuhellen, warum *manche*, durchaus wichtige Forschungsfragen im Bereich der „public health“, also des gesellschaftlichen Gesundheitszustandes, bislang so gut wie unbeachtet blieben: Die Erklärung *soziokultureller Differenzen* im Auftreten von Krankheitserscheinungen ist eben nicht gerade eine Stärke derjenigen Disziplinen, die in der Suizidforschung tonangebend sind,⁶ von Psychiatrie und Neurologie (als einschlägigen Teildisziplinen der Medizin) sowie Psychologie.

⁵ Als sein zentrales wissenschaftliches Werk zur Suizid-Thematik kann immer noch gelten: Erwin Ringel, *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung*, Wien 1953 (8. Auflage Frankfurt a.M. 2002).

⁶ Hier verstanden im Sinn der Häufigkeit von thematisch relevanten Publikationen.

Aber, kann der Leser zurecht einwenden, da gibt es ja noch andere Wissenschaften, die sich solchen „speziellen“ Thematiken wie den geographisch-sozialen Variationen von Suizidhäufigkeit wohl mit mehr Engagement und Kompetenz annehmen - die Sozial- und Kulturwissenschaften. Betrachtet man die entsprechende Forschungssituation genauer, ist das Ergebnis - zumindest für Europa - jedoch ernüchternd: „Der Selbstmord“ war zwar Titel und Inhalt eines der „Gründungsdokumente“ der modernen Soziologie, des Werks „Le Suicide“ von Emile Durkheim aus dem Jahr 1897, welches in Expertenkreisen Furore machte, und dem völlig zurecht noch heute - als „Klassiker“ der Soziologie insgesamt und erst recht der soziologischen Suizidforschung - Referenz erwiesen wird.⁷ Jedoch gibt es aber eine institutionalisierte „soziologische Suizidforschung“ gegenwärtig nur in Ansätzen; betrachtet man etwa den deutschsprachigen Raum, so stößt man nur auf einige wenige Sozial- und Kulturwissenschaftler, die sich in den letzten zwei Jahrzehnten eingehend diesem Thema gewidmet und ihre Ergebnisse durch umfanglichere Publikationen mitgeteilt haben. Zu einer *österreichspezifischen, sozial- bzw. kulturwissenschaftlich orientierten Suizidforschung* gibt es bislang überhaupt nur einige, wenngleich aufschlussreiche Mosaiksteine.⁸ Sehr wohl legten dagegen, insbesondere in den letzten ca. 10 Jahren, mehrere österreichische Psychologen und Mediziner wichtige Beiträge zur Suizidforschung vor.

Die fundamentalen Publikationen von Sonneck, Antretter, Dunkel, Etzersdorfer, Fischer, Haring, Kapusta, Seibl, Stein und Voracek zur Epidemiologie des Suizids in Österreich⁹ gehen auch auf grundlegende demographische Charakteristika der Suizidopfer ein und weisen verschiedentlich auch auf die im internationalen Vergleich erhöhte Suizidrate in Österreich hin. Eine eingehende, systematische Auseinandersetzung mit dieser Frage - die zweifellos mittels einer transdisziplinären Herangehensweise am ehesten Erfolg versprechend wäre - steht jedoch noch aus. Angesichts der im Wortsinn vitalen Dringlichkeit indi-

⁷ Deutschsprachige Ausgabe: Emile Durkheim. Der Selbstmord. Frankfurt a.M. 1983. Zur Bedeutung dieser Arbeit Durkheims für die Etablierung der Soziologie als Wissenschaft insgesamt vgl.: Jörn Ahrens, Selbstmord als Disziplin. Emile Durkheim und die Erfindung der Soziologie. In: Ines Kappert, Benigna Gerisch, Georg Fiedler (Hg.), Ein Denken, das zum Sterben führt. Selbsttötung - das Tabu und seine Brüche. Göttingen 2004, S. 19-38.

⁸ In den letzten Jahrzehnten erschien *keine einzige* spezifisch dem Thema der Epidemiologie des Suizids in Österreich bzw. in einzelnen Bundesländern Österreichs und deren Analyse gewidmete wissenschaftliche Monografie von sozial- bzw. kulturwissenschaftlicher Provenienz. Hinzuweisen ist aber auf den anregenden und für die historische Epidemiologie des Suizids in Österreich grundlegenden Aufsatz: Norbert Ortmayr, Selbstmord in Österreich 1819-1988. In: Zeitgeschichte 17/5 (1990), S. 209-225, weiters auf eine dem Thema Suizid gewidmete Nummer der Österreichischen Zeitschrift für Soziologie (ÖZS 23/4 [1998]) mit Aufsätzen zu spezifischen Aspekten wie der Frage nach dem Einfluss von Massentourismus auf Suizidrisiken oder dem Problem der Suizidalität in der deutschen Wehrmacht während des Zweiten Weltkriegs, dem Verhältnis von Suizid und dem in der Gegenwartsgesellschaft vorherrschenden, medikalisierten Tod, sowie einem - freilich von medizinisch-psychologischer Seite stammenden - epidemiologischen Beitrag zu Suizid und Parasuizid in Tirol. Dirk Dunkel, Elfi Antretter, Eberhard Deisenhammer, Christian Haring, Suizidales Verhalten in Tirol. In: ebd., S. 35-59.

⁹ Als wichtigste Forschungsliteratur der letzten beiden Jahrzehnte zur Epidemiologie des Suizids in Österreich insgesamt ist hier zu nennen: Gernot Sonneck, Claudius Stein, Martin Voracek, Suizide von Männern in Österreich. Statistisch-epidemiologische Untersuchung zur Suizidproblematik von Männern in Österreich. Wien 2002, Elmar Etzersdorfer, Martin Voracek, Nestor Kapusta, Gernot Sonneck, Epidemiology of suicide in Austria 1990-2000; general decrease, but increased suicide risk for old men. In: Wiener Klinische Wochenschrift 117/1-2 (2005), S. 31-35, Elmar Etzersdorfer, Peter Fischer, Gernot Sonneck, Zur Epidemiologie der Suizide in Österreich 1980 bis 1990. In: Wiener Klinische Wochenschrift 104/19 (1992), S. 594-599, Dirk Dunkel, Elfi Antretter, Regina Seibl, Christian Haring, Suicidal Behaviour in Austria. In: Armin Schmidtke, Unni Bille-Brahe, Diego de Leo, Ad Kerkhof (Hg.), Suicidal behaviour in Europe: Results from the WHO/ Euro multicentre study on suicidal behavior. Bern 2004, S. 113-121, Gernot Sonneck, Suizid und Suizidprävention in Österreich. In: Wiener Klinische Wochenschrift 112/22 (2000), S. 943-946, weiters das Kapitel „Statistisches zur Suizidproblematik“, in: Gernot Sonneck, Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien 1995, S. 254-260.

viduell-patientenbezogener Suizidprävention verwundert es auch nicht, dass sich die medizinische und psychologische Suizidforschung - und dies gilt ganz allgemein, nicht nur für Österreich - vorrangig solchen Ansätzen widmete; allerdings erscheint es im Sinne einer langfristigen Veränderung des bedrückenden Übelstandes der in Österreich besonders hohen Suizidraten doch mehr als angebracht, auch der gesellschaftlich-kulturellen Ebene, auf welcher die Ursachen für diesen Umstand offenkundig auch manifest sein müssen, einige Forschungsaufmerksamkeit zu widmen.¹⁰

Das Faktum der hohen gesamtösterreichischen Suizidrate kann freilich auch in der vorliegenden Studie keiner näheren Kausalanalyse unterzogen werden, immerhin lassen sich aus derselben aber vielleicht Konturen von Vorgangsweisen für eine solche Analyse ableiten, steht im Mittelpunkt der vorliegenden Studie doch gleichsam die analoge Fragestellung auf verkleinerter Untersuchungsebene, nämlich die Frage nach der Eruiierbarkeit von spezifischen Bedingungen der ihrerseits im Österreich-Vergleich signifikant erhöhten Suizidrate der Steiermark.

1.1.2 Die Differenzen in der Suizidalität innerhalb der österreichischen Bundesländer

Ausgangspunkt für diese Studie war, wie schon im Vorwort angesprochen, die Wahrnehmung, dass die in Österreich generell schon hohen Suizidraten im Land Steiermark noch übertroffen werden, und dies kontinuierlich seit Jahrzehnten und in signifikanter Weise.

Die offizielle *Todesursachenstatistik der Statistik Austria* (früher Österreichisches Statistisches Zentralamt) weist die Suizidzahlen seit Anfang der 1970er Jahre kontinuierlich auch spezifisch für einzelne Bundesländer aus; die jährlichen absoluten Häufigkeiten von Suiziden finden sich in der Studie „Suizide von Männern in Österreich. Statistisch-epidemiologische Untersuchung zur Suizidproblematik von Männern in Österreich“ (für beide Geschlechter) sehr übersichtlich zusammengestellt. Umseitig wird anhand dieser Daten zunächst tabellarisch für Zeitspannen von je 5 Jahren dargestellt, wie sich die absoluten Suizidzahlen sowie die jährlichen Suizidraten (Verhältnis der Suizide pro Jahr zur jeweiligen Einwohnerzahl)¹¹ in Österreich insgesamt und in seinen einzelnen Bundesländern in den Jahren ab 1970 entwickelten.¹²

Aus diesen Tabellen ist eine Vielzahl von Informationen ablesbar; an dieser Stelle seien nur einige Aspekte herausgegriffen. Betrachtet man zunächst nur einmal die *absoluten Häufigkeiten* von Suiziden in Österreich insgesamt im zeitlichen Verlauf, so zeigt sich, dass die höchsten Ziffern in den 80er Jahren erreicht wurden, als sich in je 5 Jahren jeweils mehr als 10.000 Personen in Österreich selbst töteten, also jährlich ca. 2000 Menschen.

¹⁰ Diesbezüglich seien schon an dieser Stelle Gesundheits- und Wissenschaftspolitik zu konstruktivem Handeln - also der Initiierung und Finanzierung entsprechender sozialmedizinischer, sozialpsychologischer bzw. soziologischer Forschungsprojekte - aufgerufen.

¹¹ Berechnung des Studienautors anhand der Daten in: Sonneck/Stein/Voracek, Suizide von Männern, Anhang, sowie von Daten der Statistik Austria (Todesursachenstatistik der Jahre 2000-2004, Bevölkerungsstatistik der Jahre 1971-2004: Jahresdurchschnittsbevölkerungen gemäß Bevölkerungsfortschreibung).

¹² In den 1950er und 1960er Jahren war in Österreich insgesamt noch eine etwas geringere Suizidrate gegeben gewesen; die Suizidhäufigkeiten der Zwischenkriegszeit waren dagegen noch deutlich höher gelegen, als dies in der Zweiten Republik jemals wieder der Fall war. Einen „Sonderfall“ stellt das Jahr 1945 dar, in welchem in Österreich über 4600 Selbsttötungen verzeichnet wurden, was einem Verhältnis von 66 Suiziden pro 100.000 Einwohner entspricht. Vgl. Ortmayr, Selbstmord, S. 221f., Sonneck, Krisenintervention, S. 256, Sonneck/Stein/Voracek, Suizide von Männern, S. 46.

Tabelle 1: Suizide in Österreich und seinen Bundesländern 1970-2004, 5-Jahres-Summen

Zeitraum	1970-74	1975-79	1980-84	1985-89	1990-94	1995-99	2000-04	1970-04
Burgenland	263	277	306	304	239	237	220	1846
Kärnten	663	732	875	777	692	615	666	5020
Niederöst.	1736	1645	1823	1821	1663	1478	1338	11504
Oberöst.	1405	1546	1614	1618	1453	1421	1194	10251
Salzburg	483	533	574	653	598	594	527	3962
Steiermark	1511	1639	1861	1734	1577	1488	1322	11132
Tirol	430	492	639	675	603	610	597	4046
Vorarlberg	196	217	284	361	320	257	288	1923
Wien	1976	2008	2127	2105	1688	1573	1350	12827
Österreich	8663	9089	10103	10048	8833	8273	7502	62511

Tabelle 2: „Rohe“ Suizidraten in Österreich und seinen Bundesländern 1970-2004: Anzahl der Suizide pro Jahr und 100.000 Einwohner (Durchschnitte für je 5 Jahre)¹³

Zeitraum	1970-74	1975-79	1980-84	1985-89	1990-94	1995-99	2000-04	1970-04
Burgenland	19,3	20,4	22,7	22,6	17,4	17,1	15,9	19,3
Kärnten	25,0	27,4	32,5	28,7	25,0	21,9	23,8	26,3
Niederöst.	24,3	23,1	25,5	25,3	22,3	19,4	17,3	22,4
Oberöst.	22,6	24,6	25,3	25,2	21,8	20,8	17,3	22,5
Salzburg	23,5	24,8	25,7	28,3	24,3	23,3	20,3	24,3
Steiermark	25,2	27,4	31,4	29,5	26,7	25,1	22,2	26,8
Tirol	15,6	17,1	21,6	22,2	19,0	18,5	17,6	18,8
Vorarlberg	13,8	14,5	18,6	23,0	19,1	14,9	16,3	17,2
Wien	24,3	25,5	28,0	28,3	22,1	20,4	17,1	23,7
Österreich	23,0	24,0	26,7	26,5	22,6	20,8	18,6	23,2

¹³ Berechnung des Studienautors. Grundlage der Berechnung ist die Division der jeweils in einem Jahr vorgefallenen Suizide durch die für dieses Jahr von der Statistik Austria ausgewiesene Jahresdurchschnittsbevölkerung (Vgl. Statistik Austria (Hg.), Demographisches Jahrbuch 2004, Wien 2005, S. 351).

Demgegenüber stehen etwas niedrigere Suizidzahlen in den 1970er Jahren, die jährlichen Summen von ca. 1800 Personen entsprechen, und ebenso wieder eine niedrigere Suizidhäufigkeit in den 1990er Jahren, insbesondere in deren zweiter Hälfte (jährlich im Durchschnitt ca. 1650 Suizidtote). Im ersten Jahrfünft ab 2000 belief sich die Suizidhäufigkeit erfreulicherweise auf eine deutlich vom hohen Niveau der vorangegangenen Jahrzehnte abfallende Summe, die freilich immer noch erschreckend hoch anmutet, nämlich 7502 offiziell gezählte Suizidenten in den Jahren 2000 bis 2004, also im Durchschnitt 1500 pro Jahr. Dieser Wert unterschreitet im Übrigen erstmals auch wieder die - in Tabelle 1 und 2 nicht dargestellten - gesamtösterreichischen Suizidzahlen der 1950er und 1960er Jahre, als sich jährlich durchschnittlich 1600 bis 1700 Menschen selbst das Leben nahmen.¹⁴

Gerade bei langfristigen Vergleichen sollte aber unbedingt die Bevölkerungsentwicklung mitberücksichtigt werden; betrachtet man daher die *Suizidraten*, tritt die skizzierte Entwicklung hin zu - gesamtösterreichisch gesehen - niedrigeren Suizidraten sogar noch deutlicher hervor, nämlich zeigt sich ein Anstieg von einem Niveau von 23 Suiziden auf 100.000 Einwohner und Jahr in den frühen 70er auf beinahe 27 Suizide/100.000 Ew. in den 80er Jahren und danach eine rasche und deutliche Abnahme auf schließlich „nur“ noch etwa 19 Suizide pro 100.000 Einwohnern und Jahr.¹⁵ Diese Suizidrate liegt im Übrigen auch deutlich niedriger als die jährlichen Suizidraten der 1950er und 1960er Jahre (23,5 bzw. 24,0 je Jahrzehnt). Es konnte also ab den 1990er Jahren, und dann insbesondere seit 2000, die traditionell hohe Suizidrate in Österreich insgesamt zumindest um einen gewissen Anteil abgesenkt werden, und zwar um ca. 20 % gegenüber der Suizidhäufigkeit in den 50er, 60er und 70er Jahren, und um etwa 30 % gegenüber dem Höchststand derselben in den 1980er Jahren.

Im internationalen Vergleich handelt es sich jedoch auch bei den nunmehrigen Suizidraten noch immer um vergleichsweise hohe. Betrachtet man hinsichtlich des Zustandekommens der gesamtösterreichischen Suizidraten nunmehr die „Beiträge“ der einzelnen Bundesländer, so zeigt sich ein „ausgeprägtes regionales Muster“, wie bereits der Österreichische Todesursachenatlas 1988/94 feststellte:¹⁶ Vergleichsweise geringe Suizidhäufigkeiten herrschen in Tirol und Vorarlberg sowie im Burgenland vor, mit durchschnittlichen Suizidraten für den Gesamtzeitraum von 1970 bis 2004 von 19 bzw. 17, insgesamt in etwa dem gesamtösterreichischen Niveau entsprechende Suizidhäufigkeiten sind für Niederösterreich, Oberösterreich, Wien und Salzburg zu ersehen (22 bis 24 im langjährigen Verlauf), besonders hohe dagegen für die Länder Steiermark und Kärnten (27 bzw. 26 Suizide auf 100.000 Einwohner und Jahr).¹⁷

¹⁴ Die jährlichen Suizidzahlen zurück bis ins frühe 19. Jahrhundert finden sich, für ganz Österreich - nicht aber für die einzelnen Bundesländer - in: Ortmayr, Selbstmord, S. 221f., die rezenten Zahlen von 1970 bis 2000 in Sonnecck/Stein/Voracek, Suizide von Männern, Anhang.

¹⁵ Die Reduktion der Suizidrate von ihrer Spitze in den frühen 1980ern mit 26,7 auf 18,6 in den Jahren 2000 bis 2004 entspricht einer Abnahme von fast genau 30 %, während die Abnahme in absoluten Zahlen nur 26 % beträgt. Die Differenz reflektiert den Umstand der inzwischen angewachsenen Bevölkerung.

¹⁶ Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hg.), Österreichischer Todesursachenatlas 1988/94. Wien 1998, S. 192.

¹⁷ Frappierend ist, dass sich wichtige Elemente dieser Rangfolge in der Suizidhäufigkeit bis ins 19. Jahrhundert zurückverfolgen lassen. Insbesondere gilt dies für das Ost-West-Gefälle in den Suizidraten. Unter den Ländern des heutigen Österreich nahmen schon um 1900 die südöstlichen Regionen Kärnten und Steiermark führende Ränge ein, allerdings damals noch gemeinsam mit Salzburg, und zudem damals deutlich übertroffen vom Land Niederösterreich (einschließlich Wien). Vgl. hierzu: Hans Kuttelwascher, Selbstmord und Selbstmordstatistik in Österreich. In: Statistische Monatsschrift, Neue Folge 17 (1912), S. 288.

Vergleicht man weiter die Suizidraten in den einzelnen, jeweils eine Spanne von 5 Jahren abbildenden Spalten der Tabelle 2, differenziert sich das Bild aber etwas, indem ersichtlich wird, dass einige Bundesländer (W, NÖ, OÖ) fallende, andere (T, V) jedoch steigende *Tendenzen* der Suizidraten aufweisen, sodass insbesondere der in den 70er und 80er Jahren deutliche Abstand zwischen Wien, Nieder- und Oberösterreich einerseits (mittelmäßig hohe Suizidraten) und Westösterreich andererseits (niedrige Raten) in den letzten Jahren völlig verschwunden erscheint - im Jahrfünft 2000-2004 weisen alle genannten Bundesländer Suizidraten zwischen 16 und 18 auf. Einen gewissen Sonderfall stellt das Burgenland dar, dessen Raten ohnehin stets niedriger waren als die der anderen östlichen Länder Österreichs, und das in den letzten Jahren deren fallende Tendenz noch teilte und so in den Jahren nach 2000 - erstmals seit 1970 - den österreichweit niedrigsten Rang noch vor Vorarlberg einnahm. Eine gewisse fallende Tendenz der Suizidrate ist auch in Salzburg zu verzeichnen gewesen, freilich von höherem Niveau aus, sodass die in den 1970er Jahren jenen von Nieder- und Oberösterreich vergleichbare Suizidrate sich nun doch noch deutlich höher befindet (20/100.000).

Die Suizidraten der letzten Jahre sind weiters ein Unterscheidungsmerkmal der lange auffällig parallel verlaufenen Suizidhäufigkeiten in Kärnten und der Steiermark: In den 70er und insbesondere in den 80er Jahren - mit einzelnen Jahreswerten von bis zu 34/100.000 - weitestgehend analog und zugleich weit über den restlichen Bundesländerwerten gelegen, reduzierte sich die Suizidrate zunächst in Kärnten rascher, von 29 für den Zeitraum 1985-89 auf 22 im Zeitraum 1995-99, nach 2000 erfolgte aber - singular für Österreich - ein neuerlicher Anstieg auf 24. Demgegenüber trat die Reduktion der Suizidraten in der Steiermark zunächst langsamer ein - von 30 in den Jahren 1985-89 auf 25 im Zeitraum 1995-99, setzte sich aber danach weiter fort, sodass in den Jahren 2000 bis 2004 „nur“ noch 22 Suizidtote auf 100.000 Einwohner und Jahr zu beklagen waren. Auch dieser Wert liegt aber noch 20 % über dem ja mittlerweile gesenkten österreichischen Gesamtdurchschnitt. Die jeweiligen Abweichungen der Suizidraten der Länder sind umseitig in Tabelle 3 nochmals als Abweichungen von jenem Gesamtdurchschnitt zusammengefasst.

Die Analyse dieser Tabelle zeigt, dass zwar, wie vorhin ausgeführt, die Suizidrate auch in der Steiermark in den letzten Jahren zurückgegangen ist, dass aber das Verhältnis zur gesamtösterreichischen Situation sich keineswegs gebessert hat: Während in den 1970er und 80er Jahren die Suizidrate in der Steiermark fast immer „nur“ 10 bis 15 % über dem Österreich-Durchschnitt lag, waren es in den 1990ern etwa 20 %, und dieser Wert blieb in den Jahren 2000 bis 2004 nahezu unverändert. Die Steiermark konnte also - wie auch Kärnten - an der nicht nur Österreich, sondern die meisten west- und mitteleuropäischen Länder tangierenden Abnahmetendenz der Suizide seit den 1990er Jahren partizipieren,¹⁸ aber nicht in einem Ausmaß, der die traditionelle Differenz der Suizidrate zu den anderen Ländern verringert hätte, im Gegenteil, dieselbe wurde größer. Für den Gesamtzeitraum von 1970 bis 2004 (35 Jahre) stellt sich diese Differenz als eine durchschnittliche Abweichung von 16 % dar und ist damit jener in Kärnten sehr ähnlich (14 % mehr Suizide). Bei dieser langfristigen Betrachtung liegen ansonsten nur Salzburg und Wien etwas über dem Österreich-Durchschnitt; in Wien konnte dieses Verhältnis aber seit 1990 kontinuierlich durchbrochen

¹⁸ Deren Ursachen sind noch weitgehend unerforscht; im Laufe der letzten beiden Jahrzehnte deutlich verbesserte und ausgeweitete medizinische und psychotherapeutische Hilfsangebote bei psychischen Erkrankungen dürften aber wohl einen wichtigen Faktor hierfür darstellen.

werden, sodass die aktuellen Suizidraten stets unter dem Bundesdurchschnitt lagen, in den Jahren 2000 bis 2004 mit 8 % sogar erheblich.¹⁹

Tabelle 3: Abweichungen der Bundesländerwerte von der gesamtösterreichischen „rohen“ Suizidrate in Prozent

Zeitraum	1970-74	1975-79	1980-84	1985-89	1990-94	1995-99	2000-04	1970-04
Burgenland	-16,0	-14,9	-15,2	-14,9	-22,8	-17,7	-14,3	-16,5
Kärnten	8,6	14,0	21,7	8,2	10,6	5,5	28,2	13,6
Niederöst.	5,9	-4,1	-4,7	-4,6	-1,3	-6,7	-6,9	-3,1
Oberöst.	-1,5	2,3	-5,2	-5,0	-3,6	0,3	-6,9	-2,8
Salzburg	2,1	3,0	-3,6	6,9	7,5	12,2	9,5	5,0
Steiermark	9,8	14,2	17,4	11,3	18,4	21,0	19,8	15,7
Tirol	-32,1	-28,7	-19,2	-16,1	-16,0	-10,8	-5,2	-18,8
Vorarlberg	-40,0	-39,6	-30,5	-13,1	-15,2	-28,1	-12,4	-25,9
Wien	5,9	6,0	4,8	6,7	-2,0	-1,7	-7,7	2,2
Österreich	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Den Ursachen für den soeben dargelegten Umstand der mindestens seit einigen Jahrzehnten dauerhaft erhöhten Suizidrate der Steiermark wird in der vorliegenden Studie nachgegangen. Vor den entsprechenden Erörterungen gilt es jedoch, grundlegende Begriffe der Suizidforschung vorzustellen und ihnen für diese Studie eine eindeutige Definition zuzuweisen, mithin sie „operationalisierbar“ zu machen (1.2.). Sodann muss der allgemeine Forschungsstand der Suizidforschung als Kontext der Studie umrissen (1.3.) und in ein untersuchungsleitendes Modell integriert werden, danach gilt es, die Datengrundlagen und die Methodik der Analyse zu explizieren (2.), bevor mit der Präsentation der konkreten Hypothesen und der Ergebnisse ihrer Überprüfung in medias res der Korrelations- und Kausalanalyse geschritten werden kann (3.). Abschließend wird in Kapitel 4 zusammengefasst, welche praktischen Schlussfolgerungen im Hinblick auf eine Verbesserung der Suizidprävention aus den Untersuchungsergebnissen gezogen werden können.

¹⁹ Eine nähere Beschäftigung mit den in Wien vorgefallenen sozialen Veränderungen in jener Zeitspanne erschiene also im Hinblick auf mögliche Suizidpräventionsmaßnahmen besonders lohnend.

1.2 Begriffserläuterungen und Definitionen

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit dem Problem des Suizids, also der gezielten Selbsttötung von Menschen. Bei diesem Untersuchungsgegenstand „Suizid“, in der Alltagssprache meist immer noch als „Selbstmord“ bezeichnet, handelt es sich allenfalls auf den ersten Blick um ein eindeutiges Phänomen, welches keiner näheren Erläuterung bedürfte. Bei näherer Beschäftigung mit dem Thema wird rasch deutlich, dass sich durchaus Grauzonen zu anderen Ereignissen feststellen lassen. Für ein korrektes methodisches Vorgehen in einer wissenschaftlichen Untersuchung ist so eine eindeutige Definition dessen, was innerhalb derselben unter „Suizid“ verstanden wird, und was nicht, unumgänglich. Auch die wichtigsten *termini technici* der Suizidforschung sollen an dieser Stelle vorgestellt und in ihrer jeweiligen Verwendung durch den Studienautor präzisiert werden.

1.2.1 „Selbstmord“, „Freitod“, „Selbsttötung“ und „Suizid“

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird, wenn selbstzerstörerische Verhaltensweisen von Menschen behandelt werden, gewöhnlich von „Selbstmord“ und „Selbstmordversuch“ gesprochen. Mit diesem Phänomen intensiver beschäftigte Experten setzen sich allerdings schon seit mehreren Jahrzehnten fast völlig geschlossen dafür ein, diese Begriffe durch moralisch-werthalt neutralere zu ersetzen.²⁰ Mag man zum prinzipiellen Recht des Menschen, über seinen eigenen Tod zu verfügen, stehen wie man will, leuchtet doch jedenfalls ein, dass es etwas ganz anderes ist, im *vollen Bewusstsein des eigenen Tuns* einen *anderen* Menschen absichtlich und gegen dessen Willen zu töten - was „Mord“ meint - oder aber seinem *eigenen* Leben gezielt ein Ende zu setzen.²¹ Bei Mord und Mordversuch handelt es sich im Strafrecht nahezu aller Staaten um eines der am schwersten geahndeten Verbrechen; „Selbstmord“ dagegen, und „Selbstmordversuch“, ist zumindest in den liberalen Demokratien europäischer Prägung schon seit Jahrzehnten keine mit Strafe bedrohte Handlung mehr.²²

Grundlage für diese Bewertung der Selbsttötung bzw. des Selbsttötungsversuchs ist, neben dem Umstand, dass er nicht unmittelbar in die Grundrechte anderer Personen eingreift, auch die fundamentale Erkenntnis der medizinischen und psychologischen Suizidforschung, dass derartige Verhaltensweisen zwar den Betroffenen bewusste und von ihnen intendierte Handlungen zum Zweck der Beendigung des eigenen Lebens darstellen, dass diese aber in den allermeisten, wenn nicht in allen Fällen, keineswegs durch „freie Willensentscheidung“ zustande kommen. Das fundamentale philosophische Problem, inwieweit es einen „freien Willen“ des Menschen überhaupt gibt, kann diesbezüglich ganz außer acht

²⁰ Vgl. etwa Horst Haltendorf, Suizidalität. In: Wielant Machleidt et al. (Hg.), Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Stuttgart - New York 2004, S. 241, Bronisch, Suizid, S. 8.

²¹ Zur Analyse der Begriffe „Suizid“, „Selbstmord“ und „Freitod“ vgl. auch: Matthias Kettner, Benigna Gerisch, Zwischen Tabu und Verstehen. Psycho-philosophische Bemerkungen zum Suizid. In: Ines Kappert, Benigna Gerisch, Georg Fiedler (Hg.), Ein Denken, das zum Sterben führt. Selbsttötung - das Tabu und seine Brüche. Göttingen 2004, S. 38-66.

²² Interessanterweise war die letzte europäische Demokratie, welche Suizid - bzw. Suizidversuch, denn nur überlebende „Selbstmörder“ konnten ja bestraft werden - aus ihrem Strafgesetzbuch strich, gerade das besonders „liberale“ und „individualistische“ England (1961). In Österreich stellten Suizid und Suizidversuch seit 1803 (!) juristisch kein Verbrechen mehr dar, ab 1859 auch keine (Verwaltungs-)„Übertretung“ mehr. Vgl. Bronisch, Suizid, S. 8, Sonneck, Krisenintervention, S. 254.

gelassen werden; vielmehr zeigt die psychologisch-psychiatrische Analyse von Suizidenten - Menschen, die eine Selbsttötung planten und/oder - sei es „erfolgreich“ oder nicht - durchführten, dass sich die meisten Betroffenen in einem deutlichen Zustand der mentalen „Einengung“ befanden. Dies bedeutet, dass diesen Personen von den dem „normalen“ - psychisch mehr oder weniger gesunden - Menschen offen stehenden Möglichkeiten des Denkens und Empfindens nur noch ein Bruchteil zur Verfügung stand. Insbesondere in der letzten Phase vor der Suizidhandlung, die Tage oder Stunden, manchmal auch kürzer dauern kann, wird, wie man aus Berichten Betroffener über „missglückte Suizidversuche“ weiß, der Schritt zur Selbsttötung als *zwanghafter Impuls* erlebt; es erscheint nicht einmal mehr möglich, andere Denkinhalte, besonders solche emotional angenehmen oder auch nur neutralen Charakters, zu vergegenwärtigen, also sich von den Suizidideen „abzulenken“. Diese Charakteristik suizidaler Zustände wurde in den letzten Jahrzehnten von Medizinern und Psychologen sehr gut erforscht; seine klassische, bis heute gültige Beschreibung als „suizidale Einengung“ erstellte in den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg der Wiener Psychiater Erwin Ringel in seiner Studie „Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung.“²³

Jene Umstände der mentalen Beeinträchtigung, welche für das Vorfeld von fast allen Suizidhandlungen bei den Betroffenen konstatiert werden können, legen im Übrigen nicht nur nahe, das kriminalisierende Vokabel „Selbstmord“ für den wissenschaftlichen, aber auch für den öffentlichen Gebrauch abzulehnen, sondern auch den beschönigenden, eine „entspannte“ Haltung zum Suizid fördernden Ausdruck „Freitod“. Hierbei handelt es sich, in psychologischer Sicht, um einen Versuch rationalisierender Bewältigung suizidaler Tendenzen. So nimmt es auch nicht Wunder, dass es sich bei dem „klassischen“ Vertreter des „Freitod“-Gedankens, Jean Améry, um einen - durch Inhaftierung in nationalsozialistischen Konzentrationslagern - psychisch schwer traumatisierten Menschen gehandelt hatte.²⁴

Aufgrund der Ablehnung des Begriffs „Selbstmord“ (wie auch des weniger häufig, vor allem in Zusammenhang mit Suiziden von Intellektuellen gebrauchten Ausdrucks „Freitod“) rekurriert die medizinische und psychologische Fachsprache auf den relativ wertneutralen Fachausdruck „Suizid“, abgeleitet vom lateinischen „suicidium“. Dieser Begriff wird auch in der vorliegenden Studie im Allgemeinen zur Anwendung kommen; gelegentlich wird er durch den ident gebrauchten deutschen Ausdruck „Selbsttötung“ ersetzt. Der Studienautor möchte bei dieser Gelegenheit auch seiner Ansicht Ausdruck verleihen, dass ihm der deutschsprachige Ausdruck „Selbsttötung“ für die Erörterung dieses Themas in einer breiteren Öffentlichkeit als der geeignetste erscheint; das Vokabel „Suizid“ konnte trotz des nun schon mehrere Jahrzehnte währenden, vorrangigen Gebrauchs in der wissenschaftlichen Expertensprache im deutschsprachigen Raum nur sehr begrenzt in die Alltagssprache diffundieren;²⁵ betrachtet man etwa Pressemeldungen zu diesem Thema, so ist - auch in „Qualitätszeitungen“ - überwiegend immer noch von „Selbstmord“ die Rede. Eine Erset-

²³ Erwin Ringel, *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern*. Wien 1953 (Neuaufgabe 2002). Zur bis heute grundlegenden Stellung der Erkenntnisse Ringels vgl. etwa: Bronisch, *Suizid*, S. 35-37.

²⁴ Sein einschlägiges Werk mit dem Titel „Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod“ erschien erstmals 1976. Der 1912 in Wien geborene Schriftsteller tötete sich im Jahr 1978 in Salzburg. Vgl. Richard Bamberger et al. (Hg.), *Österreich-Lexikon*. Wien 1995, Bd. 1, S. 32.

²⁵ Hierbei handelt es sich um ein Problem, welches im Angelsächsischen sowie in den romanischen Sprachen nicht existiert; dort sind „suicide“ (engl., frz.) bzw. „suicidio“ (ital., span.) die allgemein benutzten Ausdrücke, welche im Wortsinn dem deutschen „Selbsttötung“ entsprechen.

zung dieses Ausdrucks durch das angemessenere „Selbsttötung“ erschiene dabei nicht nur als Übung akademischer Korrektheit, sondern könnte nach Ansicht des Verfassers einiges dazu beitragen, das Thema „Suizid“ zu enttabuisieren, und Menschen, die von „Selbstmordgedanken“ (!) geplagt sind, den Schritt zur Mitteilung der Probleme im Familien- und Freundeskreis sowie zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe erleichtern.

1.2.2 Suizid, Suizidversuch, Parasuizid; Suizidalität und Suizident

Für die Zwecke der vorliegenden Studie bleibt aber noch Weiteres im Hinblick auf die Begriffsverwendung zu klären: Diese Untersuchung beschäftigt sich, aus Gründen der Beschränktheit der zeitlichen Ressourcen wie auch aufgrund der inhaltlichen Unterschiedenheit der Phänomene, ausschließlich mit *vollzogenen* Suiziden. Hierunter wird, gemäß der empfohlenen Definition der Weltgesundheitsorganisation, Folgendes verstanden:

„Ein Suizid ist eine Handlung mit tödlichem Ausgang, die der Verstorbene mit Wissen und in Erwartung des tödlichen Ausgangs selbst geplant und ausgeführt hat mit der Absicht, die [...] gewünschten Veränderungen herbeizuführen.“²⁶

Suizidale Ideen, Parasuizide - darunter werden gezielte, selbstverletzende und selbstgefährdende Handlungen verstanden, die nach Ansicht des Ausübenden zum Tod führen *könnten* - und Suizidversuche im engeren Sinn - also bewusste Handlungen, mit denen der eigene Tod *mit Bestimmtheit* herbeigeführt werden sollte - werden in dieser Studie also nur soweit berücksichtigt, als sie Personen betreffen, deren Leben später durch Selbsttötung beendet wurde.²⁷ Wenn im Folgenden aber von *Suizid* die Rede ist, dann ist damit stets eine Handlung gemeint, an deren Folgen der Betroffene (meist innerhalb kurzer Zeit, manchmal aber auch erst durch körperliche „Spätfolgen“) tatsächlich verstorben ist. Der Ausdruck *Suizidversuch* wird dagegen in der vorliegenden Untersuchung nur in jenen Fällen angewandt, wo die intendierte Handlung überlebt wurde, das heißt in Fällen „missglückter Selbstmordversuche“. Weitere Fachausdrücke, die hier im Zusammenhang mit der Beschreibung von Selbsttötungshandlungen zur Anwendung kommen, sind der schon erwähnte „Parasuizid“ - als sowohl „ernst gemeinte“ als auch mehr appellative, jedoch nicht tödlich endende Handlungen zur potentiellen Selbstzerstörung umfassender Begriff - sowie „Suizidalität“ und „Suizident“. „Suizidalität“ stellt den allgemeinen Überbegriff für auf Selbsttötungen bezogene Phänomene dar, und umfasst auch Erscheinungen wie das Denken daran, sich selbst

²⁶ Zit. nach: M. Kelleher et al., Suizid. In: Hanfried Helmchen et al. (Hg.), Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 6. Berlin 2000, S. 228. Vgl. auch die ganz ähnliche Definition, die schon Durkheim lieferte: „Man nennt Selbstmord jeden Todesfall, der direkt oder indirekt auf eine Handlung oder Unterlassung zurückzuführen ist, die vom Opfer selbst begangen wurde, wobei es das Ergebnis seines Verhaltens im voraus kannte.“ (Durkheim, Selbstmord, S. 27)

²⁷ Zur Unterscheidung von „Parasuizid“, „Suizidversuch“ und (vollzogenem) „Suizid“ vgl. Bronisch, Suizid, S. 11-17, Zur - weit schwieriger zu untersuchenden - Epidemiologie des Parasuizids in Europa vgl. bes. Armin Schmidtke et al. (Hg.), Suicidal behaviour in Europe: Results from the WHO/EURO multicentre study on suicidal behavior. Bern 2004, weiters: Keith Hawton, Kees van Heeringen (Hg.), The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester u.a. 2000. Zur Epidemiologie von Suizidversuch und Parasuizidalität in Österreich vgl. den österreichischen Beitrag in dem soeben zitierten Sammelband von Schmidtke et al. sowie Dirk Dunkel, Elfi Antretter, Eberhard Deisenhammer, Christian Haring, Suizidales Verhalten in Tirol. Ergebnisse aus klinischen und nicht-klinischen Untersuchungen im Rahmen der WHO/EURO Multicenter Studie zu Parasuiziden. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 23/4 (1998), S. 35-59.

umzubringen („suizidale Gedanken“), suizidale Impulse - den unwillkürlichen Drang, sich zu töten -, das Ausarbeiten von Plänen für derartige Handlungen sowie Parasuizid und Suizid selbst.²⁸ „Suizident“ schließlich meint generell jene Person, die eine Suizidhandlung setzt; in der vorliegenden Untersuchung beschränkt sich der Wortgebrauch, da vollendete Suizide im Zentrum der Analyse stehen, aber auf die durch Suizid Verstorbenen.

1.2.3 *Der Suizid und seine Abgrenzung von anderen Todesursachen*

Selbst unter den bereits getroffenen Einschränkungen, nur vollendete Selbsttötungshandlungen zu untersuchen, ist die Abgrenzung des „Suizids“ von anderen Phänomenen keineswegs völlig eindeutig. Selbstverständlich gibt es zahlreiche Fälle, in denen eine sehr hohe intersubjektive Übereinstimmung über die Beschreibung einer Handlung als „Suizid“ erreicht wird, so etwa wenn sich eine Person in Gegenwart von Zeugen aus offensichtlich eigenem Antrieb von einem mehrstöckigen Gebäude stürzt, sich mit einer Schusswaffe in den Kopf schießt o.ä., und die entsprechende Handlung nicht überlebt.

Wird, was aber sehr häufig ist, eine solche Handlung allein, ohne die Anwesenheit anderer Personen begangen, ist die Rekonstruktion des Vorgangs zumindest für Laien häufig keineswegs eine einfache. Geht derselbe bei der Auffindung eines Erhängten gewöhnlich von Suizid aus - was aber auch nicht immer zutrifft, und von den ermittelnden Sicherheitsbehörden im Allgemeinen auch auf Plausibilität überprüft wird -,²⁹ stellt sich die Situation im Falle einer Medikamenten- oder gar Drogenvergiftung schon ganz anders dar. Fehlt ein authentischer, so genannter „Abschiedsbrief“, und sind keine eindeutigen mündlichen Äußerungen über Suizidvorhaben aus der Zeit unmittelbar vor dem Tod bekannt, und weisen weiters keine Umstände auf Mord hin, muss es manchmal bis zu einem gewissen Grad Sache der Interpretation bleiben, ob ein solcher Todesfall als Suizid oder aber als Unfall klassifiziert wird. Polizeiliche und gegebenenfalls gerichtsmedizinische Untersuchungen über das Quantum der „Überdosis“ können in solchen Fällen oftmals, aber nicht immer, Hinweise in Richtung der einen oder der anderen Erklärung bieten. Mindestens ebenso schwierig stellt sich die Zuordnung mancher Todesfälle im Straßenverkehr dar. Schon aus Pressemitteilungen ist bekannt, dass nicht wenige „Verkehrsunfälle“ die ermittelnden Behörden im Unklaren lassen, ob großer Leichtsinn, eine momentane Ablenkung oder gezielte Suizidabsicht Ursache eines tödlichen Ausgangs waren. Selbst Eisenbahnunfälle sind diesbezüglich nicht immer eindeutig zuordenbar, nämlich dann, wenn sich der Betroffene nicht - wie dies meist der Fall ist - zu Fuß auf die Gleise begab, und womöglich noch angesichts eines nahenden Zuges hinlegte, sondern wenn er etwa mit einem Auto innerhalb sich schließender Schranken stehen blieb.

In der empirischen Suizidforschung werden im Allgemeinen jene Fälle, in welchen die Suizidabsicht nicht mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zu ermitteln ist, aus der Analyse ausgeklammert, wofür nicht zuletzt praktische Gründe sprechen. Auch in die vorliegende Untersuchung werden nur jene Sterbefälle als „Suizide“ einbezogen, die in der offiziellen Todesursachenstatistik derart klassifiziert wurden und/oder die von den Sicherheitsbehör-

²⁸ Vgl. etwa Horst Dilling, Christian Reiner, Volker Arolt, Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin u.a. 2001, S. 271.

²⁹ Und zwar nicht nur anhand von Ermittlungen im Umfeld des Betroffenen, über dessen „Geisteszustand“, familiäre, soziale und wirtschaftliche Lage, sondern auch anhand des körperlichen Zustands der Leiche.

den in den abschließenden Akten als gezielte Selbsttötungen beschrieben werden. Selbstverständlich gäbe es inhaltlich gute Gründe, auch gewisse Kategorien von Todesursachen - Risikoverhalten wie etwa ständiges „am Limit-Fahren“ im Straßenverkehr unter Inkaufnahme von schweren und tödlichen Unfällen, den Gebrauch von Drogen in bekanntermaßen gesundheitsschädlichen und potentiell tödlichen Dosierungen, aber auch die bewusste Nicht-Einnahme lebenswichtiger Medikamente oder das Verweigern von Nahrungsaufnahme, welches häufig bei alten, suizidgefährdeten Menschen auftritt - als Suizide zu behandeln.³⁰ Dazu treten noch Sonderfälle, wie etwa das gezielte Sich-Aussetzen tödlicher Gewalt durch andere, wie es etwa in der Folge von schweren Kriminalfällen seitens der Täter durch absichtliche Provokation von Sicherheitskräften gelegentlich vorkommt. Da solche Fälle aber weder anhand von Statistiken noch anhand der zugrunde liegenden behördlichen Akten ausreichend von nicht suizidal intendierten Verhaltensweisen gleicher Art unterschieden werden können, werden sie in allgemeine Untersuchungen von Suizidalität meist nicht einbezogen, insbesondere nicht wenn es sich, wie auch im vorliegenden Fall, um statistisch-epidemiologische Analysen handelt, die aufgrund ihrer Konzeption der Einzelfallanalyse nur einen geringen Raum widmen können.

Dennoch wurde auch in der vorliegenden Untersuchung darauf geachtet, die Zuordnung eines Todesfalls zur Kategorie „Suizid“ sorgfältig vorzunehmen. Es wäre selbstverständlich sowohl aufgrund fehlender Informationsgrundlagen, fehlender einschlägiger Kompetenz des Studienautors und fehlenden zeitlichen Möglichkeiten völlig sinnlos und unmöglich gewesen, etwa alle in der Steiermark im Untersuchungszeitraum vorgefallenen gewaltsamen, unfallbedingten oder ungeklärten Todesfälle einer nachträglichen Analyse im Hinblick auf etwaige Suizidalität des Opfers unterziehen zu wollen. Zweifelsohne werden daher einige - wenn auch angesichts des generell in Österreich ja sehr gut funktionierenden Polizeiwesens wahrscheinlich nur wenige - Fälle von vom Verstorbenen als Suizid geplante Ereignisse, welche aber keinen Eingang in die Akten der Sicherheitsbehörden gefunden haben, unberücksichtigt geblieben sein. Dies tut aber der Gültigkeit der für die große Anzahl erfasster Suizide ermittelten Aussagen keinen Abbruch.

Umgekehrt konnten aber sehr wohl die in den behördlichen Akten berichteten Suizidfälle einer gewissen (wenn auch in kriminalistischer Hinsicht natürlich laienhaften) Überprüfung durch den Studienautor unterzogen werden, bei welcher es vor allem darum ging, etwaige positive Zuordnungen zum Bereich „Suizid“ zu revidieren, welche aus suizidologisch-wissenschaftlicher Sicht unzutreffend oder unsicher scheinen. Der Verfasser stieß allerdings nur auf einige wenige Fälle, in welchen ein tödlicher Sturz im Drogen- oder Alkoholrausch oder Ähnliches als „Selbstmord“ klassifiziert wurde, obwohl vom Betroffenen zuvor keine Suizidabsichten geäußert worden waren, auch keine sonstigen deutlichen Hinweise auf eine Suizidhandlung vorlagen, und die entsprechende Zuordnung daher nicht völlig abgesichert schien. Vier entsprechende Fälle (also eine angesichts einer jährlichen Suizidzahl von 250 bis 300 Fällen in der Steiermark minimale Quantität) wurden von der weiteren Untersuchung ausgeschlossen.

³⁰ Zur Abgrenzung des Suizids von anderen Formen von Todesfällen vgl. schon die fruchtbaren Ausführungen in: Durkheim, Selbstmord, bes. S. 24-29, weiters die rezenten Erörterungen in: Rainer Welz, Definition, Suizidmethoden, Epidemiologie und Formen der Suizidalität. In: Hans Wedler, Manfred Wolfersdorf, Rainer Welz (Hg.), Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch. Regensburg 1992, bes. S. 11f. Zum spezifischen Problem der Erfassung des Zusammenhangs von Suizidalität und Mortalität bei Senioren vgl. zudem: Armin Schmidtke, Bettina Weinacker, Suizidraten, Suizidmethoden und unklare Todesursachen alter Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie 24 (1991), S. 3-11

1.2.4 Die Messung der Suizidhäufigkeit: Suizidrate und Suizidratio

Eingangs dieses Kapitels wurde bei der Darstellung der Höhe der Suizidhäufigkeit in Österreich und in der Steiermark im Besonderen bereits auf die wichtigsten Instrumente zur Messung derselben Bezug genommen. Im Folgenden seien dieselben nochmals vorgestellt und ihre jeweiligen Vor- und Nachteile etwas ausführlicher erörtert:

Grundlage entsprechender quantitativer Erhebungen stellen natürlich stets die *absoluten Suizidzahlen*, also die Anzahl der Selbsttötungen dar; hierbei kommt es zur Sicherung methodischer Zuverlässigkeit, neben der besprochenen inhaltlichen Definition, vor allem auf eindeutige räumliche und zeitliche Abgrenzung des Untersuchungsfeldes an. Diese auf den ersten Blick vielleicht banale Forderung stellt in der Praxis durchaus Ansprüche an die Sorgsamkeit bei der Datenerfassung, insbesondere was die räumliche Zuordnung betrifft. Um Unklarheiten zu vermeiden, muss im Vorhinein entschieden werden, welches Kriterium die *räumliche Zuordnung* der Suizidfälle zu einem bestimmten Untersuchungsgebiet bestimmen soll, wobei sicherlich der Wohnort des Suizidenten als am besten geeignet erscheint, da sowohl der Ereignisort der Suizidhandlung als auch der Ort des Todeseintritts stärker von Zufälligkeiten geprägt sein können und so die soziogeographische Verortung der Suizidenten in seiner letzten Lebensphase weniger deutlich widerspiegeln.³¹ Hinsichtlich der zeitlichen Limitierung ist bei der Erfassung von Suizidhäufigkeit vor allem das Problem des Todeseintritts durch Spätfolgen zu bedenken; es gilt also festzulegen, inwieweit abgesehen von denjenigen Fällen, in welchen der Tod innerhalb des eigentlichen Beobachtungszeitraums eintrat, auch spätere Sterbefälle aufgrund von Suizidhandlungen in die Analyse einzubeziehen sind. Da die Untersuchungszeiträume aber gewöhnlich zumindest mehrere Monate umfassen, ist dieses Erfassungsproblem dann quantitativ praktisch vernachlässigbar. Immerhin sollte dabei aber bedacht werden, dass die tatsächliche Suizidquote auch aus Gründen der Nicht-Einrechnung solcher Fälle von Tod durch Spätfolgen einer Suizidhandlung etwas höher anzunehmen ist.

Zum Vergleich der Suizidhäufigkeiten verschiedener Untersuchungsregionen oder auch verschiedener Untersuchungsperioden ist es unerlässlich, die Anzahl der jeweils ermittelten Suizide in Relation zur betreffenden Einwohnerzahl zu setzen, um einen sinnvollen Vergleichsmaßstab zu erhalten, eine „Suizidrate“. Während prinzipiell zahlreiche Formen der Ermittlung solcher Verhältniszahlen möglich sind, hat sich in der wissenschaftlichen Forschung weitgehend folgende Art der Berechnung von „rohen“ Suizidraten als Standard durchgesetzt:³² $SR_{uj} = S_{uj} / EW_u * 100.000$

Hierbei ist SR_{uj} die zu ermittelnde Suizidrate in der Untersuchungsregion U für die Zeitspanne des Jahres J, S_{uj} die Anzahl der in diesem Jahr in jener Region vorgefallenen Suizide, und EW_u die Gesamtanzahl der Einwohner in der Untersuchungseinheit. Die ermittelte Kennzahl, welche im Aufbau dem allgemeineren epidemiologischen Maß der Inzidenzrate entspricht, stellt sich dann als Anzahl von Suiziden pro Jahr je 100.000 Einwohner dar. Für die jeweilige Einwohnerzahl werden im Allgemeinen amtliche Verlautbarungen herangezogen; bedauerlicherweise wird aber in manchen Studien die exakte Referenzquelle

³¹ Näheres zur konkreten Auswahl der in dieser Studie analysierten Suizidfälle wird in Kapitel 2 erörtert.

³² Vgl. etwa: Norman Kreitman, Die Epidemiologie des Suizids und Parasuizids. In: Karl Kisker et al. (Hg.), Psychiatrie der Gegenwart. Berlin u.a. 1986, Bd. 2, S. 87-106. Von der mathematischen Struktur her entspricht die Suizidrate innerhalb der allgemeinen Epidemiologie der Inzidenzrate. Lediglich die Bezugseinheit hinsichtlich der Einwohnerzahl variiert teilweise. Vgl. etwa: Leon Gordis, Epidemiologie. Marburg 2001, S. 36.

nicht mitgeteilt. Es ist aber von großer Bedeutung, dass auch die Einwohnerzahl möglichst zutreffend ermittelt wird, da sich bei einem Einsetzen veralteter Populationsdaten in Gebieten mit starker Migration erhebliche Abweichungen der ermittelten Suizidrate von der tatsächlichen ergeben können, und zwar nach unten, wenn in der Zwischenzeit Abwanderung, nach oben, wenn Zuwanderung stattgefunden hat. Die auf oben beschriebene Weise ermittelten, „rohen“ Suizidraten reflektieren, wenn solche Fehler ausgeschlossen werden, aber in direkter Weise die tatsächliche Suizidhäufigkeit. In der vorliegenden Studie wird vor allem diese Form der Suizidrate zur Analyse herangezogen, weshalb, wenn keine nähere Spezifizierung erfolgt, mit „Suizidrate“ stets jene „rohe“, das heißt keinen weiteren mathematischen Transformationen unterworfenen Rate gemeint ist.

Wichtige Varianten der „allgemeinen“ Suizidrate stellen die Berechnungen von *spezifischen Suizidraten* für bestimmte Teilpopulationen dar, wobei jene der beiden Geschlechter sowie der einzelnen Alterskategorien (z.B. in 5- oder 10-Jahres-Klassen) die gebräuchlichsten sind.³³ Spezifische Suizidraten lassen sich aber auch nach allen anderen denkbaren Unterscheidungskriterien bilden, etwa für verschiedene Familienstände, je nach Staatszugehörigkeit, für einzelne Berufsgruppen usw. Die Berechnung erfolgt in analoger Weise, wie es oben beschrieben wurde, nur dass jeweils lediglich die Suizide innerhalb der ausgewählten Personenkategorien zur Gesamtzahl der diesen Kategorien zuzurechnenden Personen innerhalb der Untersuchungseinheit in Bezug gesetzt werden, also etwa die Anzahl aller männlichen Suizidenten zu jener aller Männer in einer Population, und die aller weiblichen Suizidenten zu der aller Frauen: $SR_{ujx} = S_{ujx} / EW_{ux} * 100.000$ (x bezeichnet das jeweilige Auswahlkriterium).

Voraussetzung für die Berechnung solcher spezifischer Suizidraten ist also die Kenntnis nicht nur der Anzahl der Suizidenten, die jener Kategorie zuzuordnen sind, sondern auch die der Größe jener Personenkategorie in der Grundgesamtheit der Untersuchungsregion.

Ein weiteres, in der Epidemiologie allgemein, wie auch in der Suizidforschung häufig gebrauchtes Maß ist jenes der „standardisierten Rate“, im Fall der Suizidforschung also der „standardisierten Suizidrate“. Hierunter wird eine mathematische Transformation einer ermittelten „rohen“ Rate verstanden, welche gewisse Besonderheiten der einzelnen betrachteten Analyseseinheiten, denen ein Einfluss auf die untersuchte Krankheits- bzw. Suizidhäufigkeit zugesprochen wird, ausgleichen soll, mit dem Ziel, unabhängig von jenen bestehenden Häufigkeitsunterschiede sichtbar zu machen. Die in der medizinischen Epidemiologie am häufigsten - teils aber völlig unhinterfragt - angewandte Standardisierungsform ist jene nach dem Alter.³⁴ Es leuchtet ein, dass etwa die allgemeine Mortalität zweier Populationen sehr wesentlich nach deren jeweiliger Altersstruktur differieren kann, dasselbe gilt zum Beispiel auch für das Vorkommen degenerativer Erkrankungen.³⁵ Während der Einsatz dieser Maßzahl also sinnvoll ist, um in einer bestimmten Hinsicht - nämlich dem Kriterium, nach welchem standardisiert wurde - deutlich verschiedene Populationen hinsichtlich der

³³ Vgl. etwa Schmidtke et al (Hg.), *Suicidal Behaviour*.

³⁴ Zur mathematischen Vorgangsweise vgl. Gordis, *Epidemiologie*, S. 59-61, besonders übersichtlich ist weiters die Anleitung, welche das britische Public Health Network im Internet publizierte.

³⁵ Altersdemenz wird man etwa in europäischen Gesellschaften schon deshalb viel häufiger finden als in südamerikanischen oder afrikanischen, weil die Menschen hierzulande eine höhere durchschnittliche Lebenserwartung haben und so vielfach überhaupt erst die „Gelegenheit“, Altersdemenz zu entwickeln. Eine altersstandardisierte Berechnung der Häufigkeit des Vorkommens von Altersdemenz gleicht die unterschiedliche Altersstruktur durch verschiedene Gewichtung der einzelnen Altersklassen bei der Summation der Erkrankungsfälle rechnerisch aus, sodass sich eine *hypothetische* Krankheitshäufigkeit unter der Annahme gleicher Altersstruktur ergibt.

untersuchten Ereignishäufigkeit mit einem einzelnen, griffigen Wert vergleichbar zu machen, erscheint seine Verwendung unter anderen Bedingungen durchaus problematisch, insbesondere dann, wenn die Konzentration auf das „methodisch korrekte“ Operieren mit altersstandardisierten Raten die Dokumentation tatsächlicher Ereignishäufigkeiten verdrängt. Denn „rohe“ Suizidraten, um zum konkreten Untersuchungsgegenstand zurückzukommen, geben ohne große Voraussetzungen an Expertenwissen klare Auskunft über das Ausmaß dieses Phänomens in einem bestimmten Gebiet, und erlauben, bei Kenntnis nur der Gesamteinwohnerzahl, auch eine Rückrechnung auf die tatsächliche Zahl vorgefallener Selbsttötungen. Demgegenüber ist der Rezipient, auch der wissenschaftliche Rezipient, einer Information über eine standardisierte Suizidrate, nur mehr imstande, diese mit anderen standardisierten Suizidraten hinsichtlich ihrer Abweichungen in eine Rangordnung zu bringen, kann aber keine Rückschlüsse über die konkrete Suizidhäufigkeit im jeweiligen Untersuchungsfeld mehr gewinnen, ohne umfangreiche Daten und genaue Kenntnis zur mathematischen Vorgangweise des jeweiligen Autors zu haben. Im Falle einer Altersstandardisierung müsste man so über genaue Angaben zum Alter der Suizidenten, zur Altersverteilung in der jeweiligen Gesamtpopulation, zur Strukturierung einer gegebenenfalls zur Berechnung herangezogenen „Standardbevölkerung“ und zu den gebrauchten Alterskategorisierungen verfügen, um aus der Angabe einer „altersstandardisierten Suizidrate“ noch auf die tatsächliche Suizidhäufigkeit (sei es in absoluten Zahlen oder in Gestalt der „rohen“ Suizidrate) rückschließen zu können.

Noch schwerer als solche pragmatischen Argumente wiegen aber prinzipielle Einwände, die an dieser Stelle vorgebracht werden sollen, um deutlich zu machen, warum sich der Studienautor dieses im medizinisch-epidemiologischen Bereich sehr gebräuchlichen „tools“ der quantitativen Analyse nur teilweise bedient, und als grundlegendes Maß der zu explizierenden Variable „Suizidhäufigkeit“ vielmehr die sogenannte „rohe“, tatsächliche Suizidhäufigkeit in Relation zur Einwohnerzahl heranzieht:

Der erste Einwand betrifft die inhaltliche Konzeption des Verhältnisses von Alter und Suizid und deren Rückwirkungseffekte auf Forschungspläne. Mit der Konzentration auf „altersstandardisierte“ Suizidraten wird nachgerade der Eindruck vermittelt, Suizidwahrscheinlichkeit und Alter würden in quasi „naturgesetzlicher“ Weise zusammenhängen. In diesem Zusammenhang kann leicht die Vorstellung entstehen, Alter und Suizid seien, unabhängig von weiteren interferierenden Faktoren, kausal miteinander verbunden, wenngleich nur im Sinne einer Wahrscheinlichkeit, was natürlich ein Unsinn ist. Zudem entsteht vielleicht auch der Eindruck, das Maß des Zusammenhangs sei eindeutig eruiert, denn nur unter einer solchen Prämisse macht es Sinn, auf weitere Überprüfungen des Vorliegens und der Stärke des Zusammenhangs zwischen Altersstruktur und Suizidhäufigkeit zu verzichten. Denn das Ausmaß der Assoziation zwischen Suizidhäufigkeit und Altersstruktur kann nicht ermittelt werden, wenn nur mit altersstandardisierten Raten operiert wird.

Altersstandardisierte Suizidraten erwecken auch in den konkreten Differenzierungen zwischen unterschiedlichen Untersuchungseinheiten leicht fälschliche Eindrücke, da ihre Prämissen und die Auswirkungen des Standardisierungsprozesses nicht immer mitbedacht werden. Die altersstandardisierte Suizidrate einer Region, in welcher viele alte Menschen leben und in der sich auch viele alte Menschen das Leben nehmen, erscheint ja etwa nach dem Verfahren der Angleichung an die „Europäische Standardbevölkerung“ deutlich gesenkt, obwohl die tatsächliche Suizidrate eigentlich hoch ist. Eine durch die Altersstandardisierung solcherart „gesenkte“ Suizidrate sendet dann leicht ein falsches präventionspoliti-

sches Signal; denn Suizidprävention müsste ihre Schwerpunkte doch wohl an der tatsächlichen Häufigkeit von Suiziden ausrichten, und darf nicht von vornherein eine erhöhte Suizidalität gewisser Bevölkerungsteile ignorieren.

Ein zweiter Einwand bezieht sich auf die hypothetische Vorgehensweise, die mit Standardisierungen nach einem bestimmten Kriterium unweigerlich verbunden ist. Die durchzuführenden Rechenoperationen ergeben einen *fiktiven* Wert einer Ereignishäufigkeit, welcher sich auf eine *hypothetische* Bevölkerung bezieht. Die ursprüngliche Population wird hinsichtlich *eines gewissen* Kriteriums rechnerisch „normalisiert“, an einen gewissen, von Untersucher zu setzenden Standard angepasst, um so den die untersuchte Ereignishäufigkeit „verzerrenden“ Einfluss *einer* (oder einiger weniger) bestimmten Variable auszuschalten. Es muss letztlich aber völlig unklar bleiben, welche Ereignishäufigkeit in der betreffenden Bevölkerung tatsächlich vorherrschen würde, wäre ihre Zusammensetzung, z.B. nach dem Alter, eine andere als die konkret vorhandene, und es lässt sich auch nicht ausreichend abschätzen, welche Erhebungswerte andere Faktoren - z.B. die Häufigkeit bestimmter körperlicher Krankheiten, die Intensität der sozialen Beziehungen usw. - konkret annehmen würden, hätte ein mit ihnen ja offensichtlich interferierender demographischer Faktor tatsächlich eine andere Ausgestaltung. Soweit in der vorliegenden Studie alters- oder sonstig standardisierte Raten von Suizidhäufigkeiten diskutiert werden, wird auf die Berücksichtigung dieser skizzierten Probleme Rücksicht genommen.

Schließlich sei an dieser Stelle noch ein anderer Aspekt der Messung von Suizidhäufigkeit angesprochen, jener der Abschätzung der Bedeutung dieser Todesursache (bzw. generell einer bestimmten Todesursache) im Gesamtkontext der Mortalität einer Bevölkerung. Erstaunlicherweise sind spezifisch die Gesamtmortalität ansprechende Maßzahlen in der Epidemiologie wenig in Gebrauch; wenn Todesursachenhäufigkeiten öffentlich diskutiert werden, ist meist von einer *Rangordnung* die Rede („zehnthäufigste Todesursache“, „dritthäufigste Todesursache“), was aber wenig aussagekräftig ist, da gewöhnlich nicht angeführt wird, welche Kategorienbildung einer solchen Rangordnung zugrunde gelegt wurde: Unterscheidet man etwa etliche hundert Todesursachen, gemäß den Feingliederungen der ICD (International Classification of Diseases) oder nur einige grobe Cluster von Todesursachen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenerkrankungen, Krankheiten des Verdauungssystems usw.? Weit aussagekräftiger - und in manchen Bereichen sicher geradezu beunruhigend - wäre demgegenüber eine einfache Berechnung des *quantitativen Anteils* der jeweiligen Todesursache an der Gesamtmortalität. Solch ein „Mortalitätsratio“ für die Ursache X (MR_x) kann dabei aus der Division der Anzahl der dieser Ursache zugeschriebenen Todesfälle (M_x) durch die Gesamtzahl der Todesfälle (GM), jeweils bezogen auf denselben Zeitraum, etwa ein Jahr (J), errechnet werden; die Multiplikation mit 100 ergibt einen prozentuellen Wert:³⁶ $MR_{xj} = M_{xj} / GM_j * 100$.

³⁶ Eine entsprechende Berechnung findet sich für die Schweiz in dem (ansonsten leider statistik-feindlichen) Werk: Ebo Aebischer-Crettol, Aus zwei Booten wird ein Floß. Suizid und Todessehnsucht. Erklärungsmodelle, Prävention und Begleitung. Zürich 2000, S. 63. Ein weiteres von nur wenigen diesbezüglichen Daten in der Forschungsliteratur zur Suizid-Problematik liefern Kelleher et al., die für Großbritannien einen Anteil von 1 % bekannter Suizide an allen Todesfällen berichten: Vgl. M. Kelleher et al., Suizid. In: Hanfried Helmchen et al. (Hg.), Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 6. Berlin 2000. Allerdings sind in England die Regeln zur Klassifikation eines Sterbefalls als Suizid besonders streng, und es müssen hierfür, wie in einem ordentlichen Gerichtsverfahren, stringente Beweise vorgebracht werden.

Eine entsprechende Analyse der offiziellen Daten der Österreichischen Todesursachenstatistik für die letzten Jahre ergibt erschreckende Werte:³⁷

Tabelle 4: Anteil der Suizide an der Gesamtmortalität in Österreich 2001-2004 in Prozent

Gebiet	2001	2002	2003	2004	Durchschnitt 2001-2004
Burgenland	1,8	1,5	1,4	1,2	1,5
Kärnten	2,5	2,8	2,2	2,4	2,5
Niederösterreich	1,9	1,7	1,6	1,7	1,7
Oberösterreich	2,1	2,1	1,9	1,9	2,0
Salzburg	2,8	2,4	2,0	2,5	2,4
Steiermark	2,0	2,4	2,4	2,2	2,3
Tirol	2,2	2,6	2,3	2,1	2,3
Vorarlberg	2,2	2,2	2,5	2,3	2,3
Wien	1,6	1,6	1,5	1,6	1,6
Österreich	2,0	2,1	1,9	1,9	2,0

Wie zu ersehen, nimmt die Steiermark auch bei dieser Form der Betrachtung der Suizidhäufigkeit einen vergleichsweise sehr hohen Rang ein; allerdings verlieren Tirol und Vorarlberg in dieser Berechnung ihren sonst auch für den Zeitraum 2000 bis 2004 noch immer niedrigen Rang in der Suizidhäufigkeit; auf die Gesamtzahl aller Todesfälle bezogen sind Suizide in diesen Ländern gleich häufig wie in der Steiermark; Salzburg und Kärnten liegen bei dieser Form der Berechnung noch höher, Oberösterreich im Bundesdurchschnitt, und nur für das Burgenland, Wien und Niederösterreich ergeben sich Werte des „Suizidratios“, die auch mit den entsprechenden niedrigen Suizidraten korrespondieren. Zu beachten ist hierbei, dass diese Unterschiede zwischen „Suizidratio“ und Suizidrate die unterschiedlichen durchschnittlichen Lebenserwartungen und damit nicht zuletzt auch die differierenden Altersstrukturen widerspiegeln.

Insbesondere geeignet erscheint die Maßzahl des „spezifischen Mortalitätsratios“ aber, um die *gesamtgeseilschaftliche Dimension* der jeweiligen Todesursache auszudrücken: Wenn über einen längeren Zeitraum, wie hier über den von 5 Jahren, 2 % aller Todesfälle in Österreich insgesamt (bzw. 2,3 % in der Steiermark) auf Suizide zurückzuführen waren, bedeutet dies nichts anderes, als dass, wenn die entsprechende Suizidhäufigkeit in Zukunft erhalten bliebe, 2 % der jetzt lebenden österreichischen Bevölkerung, also jede/r 50. Österreicher/in, früher oder später durch Selbsttötung sein Leben beendete!

³⁷ Daten der Statistik Austria, Todesursachenstatistik, Berechnung des Verfassers.

1.3 Der Forschungsstand zur Epidemiologie des Suizids

Seit den Anfängen der wissenschaftlichen Suizidforschung nahmen und nehmen damit befasste Experten an, dass das Phänomen der Selbsttötung bestimmte Personengruppen stärker betrifft als andere. Je nach Wissenschaftsdisziplin standen bei entsprechenden Untersuchungen körperliche, psychische oder soziale Merkmale im Vordergrund, wobei sich allerdings in den letzten Jahrzehnten eine starke Tendenz zur inter- bzw. transdisziplinären Forschung bemerkbar gemacht hat. Die Erforschung eines so komplexen Phänomens wie „Suizid“ wird denn auch sicher bei einer adäquaten Berücksichtigung der Pluridimensionalität des menschlichen Lebens - als individuelle Person mit „Leib und Seele“, die zugleich von ihrer jeweiligen natürlichen und kulturellen Umwelt wesentlich geprägt ist - am fruchtbarsten sein. Im medizinischen Bereich hat sich für solche Ansätze der Begriff vom „*bio-psycho sozialen Modell*“ von Gesundheit und Krankheit etabliert. Hierauf wird im Hinblick auf die vorliegende Studie noch näher eingegangen. Zunächst seien hier aber grundlegende Erkenntnisse über Suizidgefährdung und von Suizid besonders betroffene Personenkategorien vorgestellt, welche die verschiedenen Ansätze der Suizidforschung hervorgebracht haben.

1.3.1 Fundamentale epidemiologische Kenntnisse zur Suizidproblematik

Gleichgültig, ob nun mit somatologischen, psychologischen oder soziologischen Modellen der Suizidalität operiert wird, beachten die allermeisten einschlägigen Studien einige basale demographische Aspekte, hinsichtlich derer gewöhnlich unterschiedliche Suizidrisiken bestehen. An allererster Stelle ist hier der Faktor *Geschlecht* zu nennen: Obwohl soziokulturell keineswegs invariabel - in manchen außereuropäischen Gesellschaften, darunter China, suizidieren sich Frauen häufiger als Männer³⁸ -, gilt für Europa insgesamt - und zwar seit Beginn der staatlichen Todesursachenstatistik -, dass Männer deutlich stärker vom Suizid betroffen sind als Frauen.³⁹ Allerdings schwankt der geschlechtsspezifische Unterschied der Suizidraten je nach untersuchter Region bzw. auch Zeitspanne.

Als spezifische Maßzahl hierfür hat sich die „Genderratio“ etabliert, in dem die Anzahl der „männlichen“ Suizide jener der weiblichen gegenübergestellt wird: In Europa differierte er in den letzten Jahren zwischen „nur“ 2:1 in den Niederlanden - also einer etwa doppelten Anzahl von Selbsttötungen von Männern gegenüber jener von Frauen - und Werten von bis zu 5:1 (!) für Polen und Litauen. In den meisten europäischen Ländern liegt die

³⁸ Vgl. Andrew Cheng, Chau-Shuon Lee, Suicide in Asia and the Far East. In: Keith Hawton, Kees van Heeringen (Hg.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester u.a. 2002, S. 31.

³⁹ Vgl. bes.: Sonneck/Stein/Voracek, Suizide von Männern, S. 6-13, weiters u.a.: Christopher Cantor, Suicide in the Western World. In: Keith Hawton, Kees van Heeringen (Hg.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester u.a. 2002, S. 17, Kelleher et al, Suizid, S. 233, Bronisch, Suizid, S. 53, Armin Schmidtke, Bettina Weinacker, Cordula Löhr, Epidemiologie der Suizidalität im 20. Jahrhundert. In: Manfred Wolfersdorf, Christoph Franke (Hg.), *Suizidforschung und Suizidprävention am Ende des 20. Jahrhunderts*. Regensburg 2000, S. 63-88. Zu den europäischen Suizidstatistiken des 19. Jahrhunderts vgl. v.a. Durkheim, Selbstmord, für Österreich im Speziellen auch: Ortmayr, Selbstmord. Der quantitativ kleinen Gruppe von Trans-Gender-Individuen widmen suizidologische Untersuchungen im Allgemeinen keine Aufmerksamkeit, obwohl eine Beschäftigung mit dem Ausmaß von Suizidalität in dieser Personenkategorie bedeutsam wäre.